

PLNOMOCENSTVO

Štatutárny orgán zamestnávateľa Národné centrum zdravotníckych informácií, ul. Lazaretská 26, 811 09 Bratislava, IČO: 00 165 387, zastúpený štatutárom

splnomocňuje

pána/pani, zamestnanec organizácie, nar., bytom, č. OP, aby/na podpisovanie zmlúv a preberanie tovarov súvisiacich s plnením Rámцovej zmluvy č., uzatvorenej dňa medzi Národným centrom zdravotníckych informácií a Slovak Telekom a.s.

Toto splnomocnenie nadobúda účinnosť dňom vyznačeným pri podpise a platí do jeho odvolania. Generálny riaditeľ NCZI má právo kedykoľvek splnomocnenie odvolať v plnom rozsahu.

.....
Xxxxxx Xxxxxxxxxx
generálny riaditeľ NCZI

Splnomocnenie zamestnávateľa prijímam, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Dňa:

.....
Titul, meno a priezvisko menovaného